

# Vécu subjectif et atteintes expérientielles dans le premier épisode psychotique : remaniements de soi et remaniements du monde

## Subjective experience and experiential disturbances in first-episode psychosis: Reshaping the self and the world

**Auriane André**, psychologue clinicienne, docteur en psychologie et psychopathologie clinique. Laboratoire Psy-DREPI, Université de Bourgogne, Esplanade Erasme, BP27877 - 2178 Dijon Cedex, France; CH La Chartrreuse, 1 Boulevard Chanoine Kir, 21000 Dijon, France [adresse de contact], andreauriane@gmail.com (auteur correspondant)

**Khadija Charaoui**, professeur de psychologie clinique, Laboratoire Psychopathologie et Processus de Changement, Université Paris 8 Vincennes-Saint Denis, 2 rue de la Liberté, 93526 Saint-Denis, France.

**Résumé:** Le premier épisode psychotique (PEP) constitue un évènement brutal pour les personnes concernées dont les impacts se manifestent par des atteintes expérientielles majeures. Par l'utilisation d'une méthodologie qualitative étudiant le vécu subjectif de 15 jeunes ayant fait l'expérience d'un PEP et pris en charge au sein d'un centre d'intervention précoce, nous mettons en évidence des conséquences négatives à long terme et la potentialité traumatique d'un tel évènement. Trauma singulier, il apparaît s'ancrer autour de sensations pérennes d'effondrement de Soi, de métamorphose identitaire et d'altération des liens entretenus avec les autres et le Monde. Nécessitant d'être considéré *par principe* comme une expérience bouleversante, le PEP impose aux usagers de se réorganiser en intégrant ces remaniements. Au cœur de ce mécanisme, la reconstruction identitaire, soutenue par l'Autre, ainsi que la perception d'impacts positifs, semblent tenir une place centrale dans l'actualisation du processus de rétablissement et le développement d'un nouveau Soi. Un accompagnement global aidant à la mise en sens et en récit du PEP pourrait favoriser le processus de rétablissement.  
**Mots-clés:** identité, intervention précoce, phénoménologie, premier épisode psychotique, rétablissement.

**Abstract:** A first episode of psychosis (FEP) is a brutal event for the individuals concerned, its impact manifests itself in major experiential damage. Using a qualitative methodology to investigate the subjective experiences of 15 young people who had experienced a PEP and were cared for at an early intervention centre, our study highlighted the long-term negative consequences and traumatic potential of this event. Such a singular trauma appears to be

rooted in lasting sensations of self-destruction, identity metamorphosis and altered links with others and the world. PEP must necessarily be seen as an upsetting experience, and requires users to reorganize themselves by integrating these changes. At the heart of this mechanism, the reconstruction of identity, supported by the others, as well as the perception of positive impacts, seem to hold a central place in the actualisation of the recovery process and the development of a new Self. Comprehensive support to help PEP make sense and tell its story would help the recovery process.

**Key words:** early intervention, first episode of psychosis, identity, phenomenology, recovery.

Véritable crise dans l'existence de la personne qui en fait l'expérience, le premier épisode psychotique (PEP) marque l'entrée dans un processus pathologique en signant l'apogée d'un déroulement symptomatique progressif et insidieux évoluant au cœur de différentes phases [14]. Multidimensionnels, ses impacts se laissent percevoir sur les plans psychiatriques et biologiques ainsi que sur les aspects fonctionnels inhérents aux individus : dégradation des fonctions mnésiques, exécutives et visuo-spatiales ; détérioration des capacités d'identification des émotions, de théorie de l'esprit ; modification des perceptions sociales et des styles attributionnels [14]. Concomitamment, le PEP vient se traduire au travers d'atteintes plus subjectives et d'altérations multiples du domaine expérientiel intégrant le vécu de Soi, du Monde et des autres [22]. Principalement étudiées auprès de personnes concernées par des troubles du spectre de la schizophrénie, ces anomalies sont situées par certains auteurs comme sources d'une pluralité de distorsions de l'expérience subjective, rattachées aux vécus émotionnel, identitaire et interpersonnel [28].

Pourvoyeurs d'une compréhension plus fine et globale des altérations de l'expérience subjective dans le cadre des troubles du spectre de la schizophrénie, les travaux menés par les équipes de Sass et de Parnas ont mis en évidence la place nucléaire des altérations de la conscience de Soi dans l'apparition et le développement de ces troubles, ouvrant à une formalisation de celles-ci avec le modèle des troubles du Soi minimal [28]. Élément conceptualisé comme l'entité basale de l'identité, son ébranlement constituerait l'une des caractéristiques des troubles psychotiques et serait à considérer à partir d'une construction liant trois composantes : (1) le mécanisme d'hyper-réflexivité, pour une part, qui, en ramenant au niveau de l'explicite des phénomènes externes ou internes habituellement vécus de manière implicite, permet l'émergence d'une conscience de Soi exagérée et hyper-focalisée ; (2) la perception d'un Soi diminué, d'autre part, construite autour d'une perte de la conscience d'exister en tant qu'Être identifié par un « je » et traduite par la sensation d'un Soi inerte, spolié de

possibilité de mise en sens du Monde et de certaines actions réalisées en son cœur ; (3) les troubles de la Présence, enfin, qui viennent perturber le sentiment d'appartenance au Monde des personnes concernées, leur faisant perdre les appuis et attaches les reliant jusqu'alors à leur environnement.

D'autres auteurs se sont saisis de cette conceptualisation du Soi et des troubles pouvant le mettre à mal, et l'ont enrichie à partir de champs de pensées complémentaires, particulièrement issus des neurosciences cognitives [24]. Au cœur de cette évolution, la temporalité et les dimensions diachroniques du Soi prennent une place et un rôle de premier plan renforçant de fait la nécessité de comprendre et d'interroger l'identité à tous les temps de l'individu. Aussi, tandis qu'au présent le Soi se caractérise préférentiellement par le sentiment subjectif d'exister en tant qu'être identifié et défini par des représentations singulières intégrées comme appartenant à l'individu, le Soi étendu dans le temps se doit d'intégrer les caractéristiques subjectives que l'individu s'attribue et se reconnaît au fil du temps, ainsi que les éléments autobiographiques afin d'assurer la continuité narrative et le maintien des capacités à pouvoir fonder et développer une histoire de soi complexe et unique pouvant être narrée et racontée. Lors d'une mise à mal du Soi dans le cadre des troubles du spectre de la schizophrénie, chacune de ses composantes, au présent comme dans sa forme étendue dans le temps, connaît de multiples altérations [24]. Se manifestant, pour une part, sous la forme des troubles du Soi minimal comme modélisés par Sass et Parnas (2003), ces altérations vont également mener à des attributions et à des interprétations erronées et plus instables ciblant les croyances que la personne a sur elle-même. D'autre part, ces dégradations s'étendent aux souvenirs autobiographiques, altérant leur récupération ainsi que leur qualité et leur spécificité. Les représentations du passé tout autant que la construction de celles du futur se voient fortement abîmées [25], impactant les capacités à intégrer les différentes composantes subjectives pour l'établissement de récits cohérents de soi et à attribuer un sens personnel aux expériences vécues.

Cependant, principalement issues d'études menées auprès de personnes concernées par des troubles du spectre de la schizophrénie, la majorité des données attachées aux altérations du Soi et aux atteintes de l'expérience subjective ne rendent que très peu compte des mouvements inhérents aux phases précoces des troubles psychotiques alors même que certains auteurs ont mis en évidence leur existence au cœur de ces stades [23].

Au-delà de leur présence, ces perturbations se situeraient en deçà de l'apparition des symptômes cognitifs, actuellement considérés comme les premiers

signifiants de l'émergence d'un mécanisme pathologique [10]. Dès la phase pré-morbide, l'expérience se retrouve aux prises d'une perte de sens globale détachant progressivement l'individu du monde et du sens commun [5]. Ce sentiment est majoré lors de l'éclosion des premières manifestations symptomatiques, et certaines études démontrent l'apparition conjointe d'une sensation de perte de contrôle insidieuse des processus cognitifs et des représentations de soi renforçant le retrait du monde et l'isolement [11].

Cependant, c'est au cours de la première décompensation psychotique franche que les recherches mettent en exergue l'apparition des troubles de la Présence [22], se déployant préférentiellement au travers d'une altération des sentiments d'immersion dans le monde et d'appartenance à son expérience subjective individuelle. De façon concomitante, certains chercheurs soulignent une atteinte majeure de la perception du temps au travers d'une perte de la cohérence temporelle [28] rendant alors caduque, au niveau individuel, les notions de passé, de présent ou de futur et soustrayant la possibilité de se percevoir comme faisant partie d'un temps continu, dynamique et cohérent [17]. Enfin, le premier épisode psychotique est abordé comme venant fragiliser les capacités de distinction entre le Soi et le non-Soi, entre ce qui nous appartient et ce qui se rattache à l'Autre et au Monde, jusqu'à concevoir un mécanisme de dislocation des frontières entre l'individu et son environnement, le rendant perméable à tous les éléments le constituant.

Peu de travaux, internationaux ou nationaux, ont interrogé ces dimensions dans les phases précoces des troubles psychotiques alors même que différentes études démontrent l'importance de leur identification et de leur prise en charge dans l'évolution positive du pronostic à long terme [11]. Il apparaît donc essentiel de poursuivre et de développer les recherches dans ce champ afin d'acquérir une plus grande connaissance des éléments subjectifs inhérents au PEP pour adapter nos soins et favoriser le rétablissement. Dans ce cadre, il nous a semblé pertinent de porter notre attention sur le vécu global des personnes concernées par cette crise, les impacts subjectifs perçus, les vulnérabilités et ressources pouvant émerger, ainsi que sur le processus de rétablissement associé.

## **Méthodologie**

Le recueil des données s'est établi sur 2 ans, entre 2019 et 2021, au sein du Centre Référent de Réhabilitation Psychosociale de Bourgogne (C2RB) dans le cadre de sa filière d'Intervention Précoce. Intégré au cœur du Centre Hospitalier La Chartreuse à Dijon, il constitue, depuis 2015, un service dédié à

l'évaluation, la prise en charge et l'accompagnement des pathologies psychiatriques émergentes dans une perspective positive et pro-active orientée vers le rétablissement [19].

### Population

La procédure de recrutement a intégré 15 participants âgés de 18 à 35 ans ayant fait l'expérience de 1 à 3 épisodes psychotiques dont le dernier avait régressé depuis au moins 2 mois. N'ont pas été inclus les jeunes présentant un Ultra-Haut Risque de développer une psychose, ceux témoignant d'un fonctionnement et/ou d'un diagnostic se rapportant à une psychose infantile ainsi que ceux ayant vécu un PEP mais associé à un trouble du spectre de l'autisme afin de limiter les biais cliniques. Les caractéristiques cliniques et socio-démographiques sont résumées au sein du Tableau 1.

<b>Genre</b>	
Femme	5
Homme	10
<b>Age</b>	
Moyenne	23,4
Médiane	23
<b>Nombre d'épisodes psychotiques</b>	
Unique épisode	5
Deux épisodes	5
Trois épisodes	5
<b>Prise en soins du premier épisode psychotique</b>	
Hospitalisation sous contrainte	15
Traitement médicamenteux	15
Soins d'intervention précoce	4
<b>Tableau 1.</b> Caractéristiques cliniques et socio-démographiques de l'échantillon de l'étude.	

### Procédure et méthode d'analyse

L'inclusion au protocole était réalisée après évaluation médicale et orientation par le médecin psychiatre référent. Suite à cet adressage, nous rencontrons l'usager une première fois afin de lui fournir les informations nécessaires sur la recherche. L'inclusion définitive était actée après la signature conjointe d'un consentement libre et éclairé. L'investigation se compose de 2 entretiens cliniques semi-directifs d'une durée comprise entre 1 heure et 1 heure et demie.

Chacun a fait l'objet d'un enregistrement et d'une retranscription. Toutes les données restent strictement anonymes et confidentielles, stockées sur du matériel dédié, avec un droit d'accès uniquement restreint aux chercheurs impliqués dans cette étude.

Nous avons fait le choix d'une méthodologie qualitative, fondée sur une approche phénoménologique [4], afin de recueillir le vécu subjectif des participants, leur expérience singulière ainsi que leurs ressentis liés au PEP et au processus de rétablissement associé. Ainsi, le premier entretien de recherche étudie 1) le vécu des premières manifestations du PEP, et 2) l'expérience du PEP ainsi que les impacts perçus par les jeunes dans les dimensions inter- et intra-personnelles. Le second entretien interroge quant à lui 1) les hypothèses étiologiques, les représentations subjectives et les croyances associées au PEP, puis 2) les ressources et les éléments perçus comme aidant dans le processus de rétablissement.

L'analyse des données a été réalisée par deux méthodes d'analyse qualitatives distinctes dans un désir de complémentarité : l'analyse de contenu de Bardin [3] d'une part, l'analyse phénoménologique interprétative [2], d'autre part. Cette double procédure a été pensée dans le but de fournir la vision la plus exhaustive possible des vécus et des mouvements psychiques à l'œuvre au sein des différents récits.

### **Implication et posture du chercheur**

Ancré tout d'abord dans une représentation de clinicien pour l'élaboration des questionnements et de la problématique, le professionnel revêt progressivement l'habit du chercheur, dans la construction et l'application de la méthodologie pour un recueil de données standardisé à la population. Cependant, par le cadre qu'elle pourvoie, la démarche qualitative lui offre également la possibilité d'intégrer un troisième rôle, celui de clinicien-chercheur. Au travers de cette place, il introduit une relation évoluant au sein d'une horizontalité globale et inscrit le participant au cœur d'une collaboration et d'un partenariat où la recherche d'expertise bascule et se redirige vers ce dernier. Le clinicien-chercheur tend ainsi à se situer dans une « co-pensée », gardant à l'esprit le dynamisme d'une rencontre et de la combinaison de deux subjectivités et prenant, de fait, pleinement conscience de l'interaction se jouant au sein de la communication entre lui et son interviewé, ainsi que de leur influence mutuelle sur l'élaboration et la réception des éléments évoqués au cours des entretiens.

## Résultats

### Analyse de contenu de Bardin

La première méthode d'analyse met en évidence cinq grandes catégories thématiques organisées au sein d'une continuité temporelle s'étendant des premières manifestations du PEP aux mécanismes perçus comme soutenant le processus de rétablissement : 1) les premiers symptômes vécus en amont du PEP, 2) l'expérience subjective du PEP, 3) les impacts perçus à court terme, de la régression symptomatique aux six premiers mois, 4) les impacts ressentis à moyen et long terme, 5) les ressources perçues et le vécu du rétablissement. Pour chacune de ces catégories thématiques, nous décrivons les thèmes majeurs et notons entre parenthèses leurs occurrences chez nos participants.

#### Premières manifestations symptomatiques vécues

En amont du PEP, les jeunes évoquent une sensation d'installation progressive des phénomènes symptomatiques, sous-tendue par un sentiment de glissement venant largement s'amplifier. Ils relatent alors une impression de perte de contrôle insidieuse envahissant à la fois leur expérience subjective, leur perception de Soi et tous les aspects de leur vie personnelle (12/15). Parallèlement, ils décrivent une modification profonde des liens entretenus jusqu'alors avec l'environnement, les guidant peu à peu vers un mouvement d'isolement et se majorant progressivement par une sensation de perte de cohérence du monde et de la réalité (14/15).

#### Survenue et expérience subjective du PEP

La première décompensation est abordée à l'image d'une rupture brutale et profonde de l'expérience individuelle apportant une souffrance morale intense avec le ressenti d'angoisses massives, majoritairement induites par la symptomatologie et renforcées par des sentiments d'insécurité et d'impuissance (13/15). Concomitamment, le PEP est dépeint comme une source de désorganisation interne majeure, généralisée à toutes les composantes de la personne. Il impose alors une scission, qui vient transparaître au cœur d'un sentiment de non-reconnaissance de Soi et d'effondrement des piliers fondateurs de l'identité (13/15). Ajouté à cela, l'hospitalisation et les premiers soins apportés sont décrits comme des situations venant majorer ces souffrances (15/15). Le choc du contact avec les autres usagers et le vécu de privation renforcent les angoisses et participent à l'émergence d'une image négative de soi.

**À court terme : sidération et effondrement dépressif**

Les premiers temps faisant suite au PEP semblent témoigner d'un état de figement : les corps sont affectés, affaiblis, tandis que la pensée se trouve arrêtée, sidérée, dans un état de blanc psychique, interdisant la mise en sens et la compréhension de l'expérience de la crise (14/15). Les jeunes rendent compte d'un effondrement thymique global constitué d'une tristesse massive, soutenue par de forts ressentis de honte et de culpabilité (15/15). Dépeignant une perte majeure de l'élan vital et un profond sentiment de désespoir concernant leur avenir, ils perçoivent en même temps des difficultés accrues dans la réintégration de leur vie quotidienne, amplifiant de fait, les émotions négatives (13/15).

**À moyen et long terme : vécu de modification de soi, du lien à l'autre et au monde**

Pour les participants, les impacts du PEP au cours des deux premières années, et au-delà, se traduisent avant tout sur le versant identitaire. Le PEP devient une entité néfaste et dévastatrice de chaque pan de ce qu'ils sont. Ils décrivent alors un sentiment de transformation interne profonde et durable s'actant à la fois dans la perception de pertes de dimensions nucléaires de Soi, une fusion de leur identité avec les caractéristiques de la crise, et la remise en question de projets d'avenir structurant largement leur identité (14/15). Les jeunes ne se reconnaissent plus et ne reconnaissent plus le monde leur étant jusqu'alors familier ; ils s'en sentent exclus et désaffiliés, jugés et rejetés (14/15). Ainsi, la crise devient un frein robuste dans les processus de construction et de maintien des liens aux autres, remaniant d'autant plus leur inscription au monde (13/15).

**Le parcours de rétablissement : ressources, mise en sens et mise en récit du PEP**

Conjointement aux éléments rapportés ciblant le sentiment de transformation identitaire, les jeunes rendent compte d'un processus de rétablissement dessinant ses fondements environ deux ans après le PEP et se déployant à partir de différents points d'appuis.

Dans un premier temps, ils abordent l'importance du collectif et des groupes sociaux, principalement celle des cercles familiaux et amicaux dont les positionnements à leur encontre se modifient puis évoluent positivement ; bienveillance, non-jugement et sentiment d'acceptation apparaissent alors comme l'une des bases à la reconstruction personnelle. Au-delà, les participants soulignent divers remaniements profonds du système familial où les rôles et places de chacun se voient redistribués et réorganisés (13/15). D'autres groupes viennent par la

suite en support, notamment le milieu, scolaire ou professionnel, les activités religieuses et spirituelles ainsi que les pratiques artistiques, mais également le centre de soins et les modalités de prises en charge du PEP (13/15).

Dans un second temps, les participants traitent de la nécessité de mettre en sens, puis en récit, cette première crise psychotique (15/15). Ce processus étant dépeint comme un parcours long, coûteux et jalonnés de freins, les jeunes insistent sur l'importance de pouvoir s'ancrer et maintenir une posture proactive face à l'événement et retrouver un sentiment de contrôle sur leur expérience (13/15). La mise en récit passe ainsi par la recherche et la formulation d'hypothèses étiologiques du PEP (12/12), par l'acquisition de connaissances à son propos, mais surtout par la possibilité de percevoir une évolution personnelle et des impacts positifs de celui-ci pour en accepter les souffrances et conséquences négatives (14/15).

### **Analyse phénoménologique interprétative**

L'analyse phénoménologique interprétative a permis d'approfondir les premiers résultats *via* l'étude individuelle des mécanismes intrinsèques de l'expérience subjective. Elle met en exergue la prédominance d'un bouleversement brutal des représentations associées à Soi, aux autres et au monde agissant plusieurs années après le PEP. La crise chamboule et transforme les caractéristiques et les valeurs les plus fondamentales de l'identité tout en venant produire un vide dans l'histoire de vie de la personne qui entrave le processus de reconstruction et de rétablissement. L'analyse témoigne également du besoin de compréhension et de mise en sens du PEP pour motiver l'inscription des jeunes dans les soins et les thérapeutiques. De plus, elle insiste sur la possibilité d'intégrer des éléments subjectifs à cette construction, aux côtés des éléments objectifs fournis par les professionnels, pour favoriser le processus de rétablissement.

## **Discussion**

### **Destruction et métamorphose de soi au sein du Monde post-PEP**

Ces résultats nous offrent la possibilité de proposer une conceptualisation des impacts subjectifs du PEP sous la forme d'un mouvement dynamique marqué par trois temps distincts et consécutifs. Initié par un éclatement interne et bouleversement identitaire, où la personne semble faire l'épreuve d'un vécu d'effondrement de soi et de destruction des liens qu'elle pouvait entretenir avec le monde, ce processus s'engage par la suite dans une période de figement où

l'individu se trouve immobilisé, bloqué dans le temps de la crise, perdant le sentiment d'exister en son nom propre et intégrant les caractéristiques du PEP comme seule identité possible et réelle. Le processus apparaît finalement aboutir à l'émergence d'un vécu de transformation identitaire profonde et pérenne, une métamorphose du Soi à partir des composantes de la crise remaniant les fondements de l'identité, le vécu et l'expérience subjective de cette dernière, puis menant à une non-reconnaissance de soi et du Soi post-PEP ainsi qu'à l'impossibilité de se construire une image de soi singulière, cohérente et positive dans le futur.

Ces éléments apparaissent cohérents avec les études soulignant la présence des troubles du Soi minimal dès les phases précoces des troubles psychotiques [23], notamment par l'emphasis qu'ils proposent sur les dimensions de perte de contrôle et de sens de l'expérience, sur le vécu de dissolution du sentiment d'être Soi et d'être Sujet agissant au cœur de l'évènement, ainsi que sur l'impression de déconnexion du Monde que l'évènement pourvoie, l'ébranlement et l'abattement des frontières qui sépare le Monde de l'individu, l'entraînement vers un effacement global du sentiment d'appartenance et d'existence en son sein.

Suivant les considérations issues des neurosciences cognitives, le PEP, par ses impacts, apparaît une entité apte à déconstruire la dimension synchronique du Soi tout autant que sa perspective diachronique [24] [1]. Semblant ainsi être présentes dès les phases précoces des troubles psychotiques, ces altérations semblent s'organiser autour du point d'immobilisme au cœur du flux temporel venant entraver les capacités de la personne à se penser à tous les temps, passé, présent et futur, et lui imposant une forme de paralysie temporo-spatiale. Aussi, l'évanouissement du niveau pré-réflexif de l'identité et celui de la continuité temporelle de Soi pourraient être envisagés comme des éléments favorisant le ressenti de perte du sentiment de continuité d'existence de Soi, des Autres et du Monde au cours du temps. De plus, nous constatons que le vécu de transformation identitaire sous-tend une atteinte profonde de la dimension narrative de soi pouvant trouver un point d'attache aux atteintes majeures de l'unité temporelle de l'individu [28].

Ainsi, le PEP tendrait à générer un vide « historique » au cœur de la chronologie personnelle de l'individu, et à rendre impossible la reconnaissance de soi comme étant similaire avant, pendant et après la crise. Il instiguerait la perte d'un « Je » habituellement invariable, stable et permanent dans ses expériences [28], renforçant de fait la non-reconnaissance de soi, à la fois par l'individu lui-même ou par les autres constituant son environnement.

## **Des atteintes de l'expérience au vécu traumatique dans le PEP**

Ces atteintes expérientielles nous apparaissent aussi relever d'un cadre de compréhension plus large mais impliquant plus spécifiquement l'évènement, avec la possibilité d'une dimension traumatique inhérente au PEP. Interrogée depuis une dizaine d'années dans les recherches internationales [27], cette possibilité transparaît par différents aspects : d'une part, la brutalité, la violence de l'expérience et l'induction d'émotions extrêmes telles que le sentiment d'insécurité et de menace de l'intégrité physique et psychique ; d'autre part, les ruptures existentielles et interpersonnelles ainsi que les pertes, les transformations massives et pérennes qu'elles provoquent sur la constitution de soi et des rapports aux autres et au monde.

Si pour certains le PEP peut être suffisamment violent pour mener à un trouble de stress post-traumatique (TSPT) [20], d'autres recherches, à l'instar de la nôtre, ne retrouvent pas de façon systématique les symptômes pathognomoniques de cette entité que sont les phénomènes de répétition, de reviviscence et de flash-back [27]. Dans ce cadre, les apports de la phénoménologie psychiatrique nous semblent pertinents, car considérant le trauma comme une crise à la temporalité spécifique et singulière, produisant des impacts subjectifs durables, notamment sur l'identité qu'il vient métamorphoser, à l'instar des liens que l'individu entretient avec les autres et le monde et de ses schémas de pensée et modes d'interprétation. Aussi, partant des phénomènes individuels et de l'expérience pure des jeunes, nous pouvons proposer l'hypothèse de l'existence d'un vécu traumatique, plus qu'un TSPT défini par les classifications psychiatriques, développant et précisant ainsi certaines considérations scientifiques récentes [27].

Ce vécu et ses impacts entérinent avant toute chose la nécessité de considérer le PEP comme une expérience profondément violente et bouleversante. Ajouter à notre regard sa dimension traumatique invite, à la fois, à une plus large recherche de ce vécu chez les personnes concernées et à considérer la possibilité de mettre des mots sur des ressentis très largement rapportés en clinique, ainsi que l'opportunité d'ouvrir sur une reconstruction et un renouveau [21] en envisageant ce vécu comme une étape vers le rétablissement.

## **Reconstruction et réhabilitation du Soi au cœur du parcours de rétablissement**

Les résultats obtenus au sein de notre recherche offrent la possibilité d'envisager une seconde dynamique s'attachant plus particulièrement à une compréhension de certains processus inhérents au parcours de rétablissement associé au PEP. En la conceptualisant au travers d'un mouvement plus ascendant, nous l'avons formalisée et organisée autour du mécanisme de reconstruction identitaire comme étape indispensable à l'actualisation de ce cheminement.

Dans un premier temps, il nous apparaît que ce processus s'ouvre par la recréation d'un sentiment d'appartenance et l'initiation d'une démarche de ré-affiliation au monde par le soutien des formations groupales et collectives. La personne concernée recouvre progressivement un sentiment de sécurité interne et externe lui offrant la possibilité de s'autoriser à réintégrer son environnement et le monde qui l'entoure. Par cette ouverture, l'individu semble, au cœur d'une temporalité plus large, concourir à la perception d'une évolution personnelle positive prenant la forme d'une croissance de soi – d'une croissance d'un Soi ayant mûri. Au travers du groupe, l'environnement semble pouvoir « convoquer » le soi [29] et se poser comme une base à sa reconstruction en apportant une stabilité, un outil de mobilisation des processus de pensée et de réorganisation face à la désorganisation de la crise. Il apparaît également faciliter le développement d'un nouveau sens de soi, de nouveaux buts, projets ou objectifs, et permettre de rebâtir une sensation d'inclusion et d'intégration au monde jusqu'alors détruite et prédominée par le sentiment d'étrangeté et de rejet [29].

L'identification et la reconnaissance des impacts positifs et des gains apportés par le PEP comme des éléments inhérents à l'individu tend à favoriser l'acceptation de cette crise, celle de son expérience et des conséquences négatives y étant liées. Souvent considérée comme l'un des stades-clé de la reconstruction identitaire [9], l'acceptation du PEP apparaît, au sein de notre recherche, comme un catalyseur à la redéfinition de soi en permettant d'intégrer, au sein d'un récit cohérent, à la fois les impacts négatifs perçus de la crise et les potentiels apports issus de cet événement. Ainsi, par la rupture qu'il impose à l'individu, le PEP induit une séparation avec ce que celui-ci était, mais lui permet également d'accéder à un changement de son identité, à un nouveau statut, offrant un potentiel de révolution de Soi et devenant une expérience porteuse.

À notre regard, le PEP pourrait s'assimiler à l'évènement ricœurrien [26], c'est-à-dire à cet élément au cœur de l'Histoire de la personne qui vient se

placer comme un temps décisif, une rupture pourvoyeuse de changements, apte à briser un déroulé continu pour servir à une reconfiguration du Soi et de son parcours. En ce sens, la crise serait à la fois une entité qui désorganise tout en faisant évoluer l'individu et son identité, et une expérience qui enrichit l'Histoire de la personne en faisant pont entre deux étapes de vie ; le PEP induirait une déconstruction et mènerait à une reconstruction. Néanmoins, par sa brutalité et sa violence, cet évènement est rejeté de l'Histoire individuelle, projeté hors de la chronologie subjective, tout en maintenant une prise et une action sur la cohérence et la fluidité du déroulé de celle-ci. Il devient alors nécessaire de mettre en récit cette crise, de la narrer à l'autre et de se narrer soi-même avec elle afin de viser une redéfinition identitaire globale en liant les expériences au sein d'un récit de soi, dans un récit du PEP — autrement dit, il s'agit de bâtir une histoire de cet évènement avant de la réintégrer à l'Histoire personnelle puis de la confronter à l'autre comme nouveau vecteur de changement de soi.

Nous proposons ici une hypothèse alternative à celle travaillée dans le champ des troubles du spectre de la schizophrénie [13], en soulignant l'importance de mener des actions thérapeutiques pour soutenir la personne dans la reconnaissance de conséquences positives et faciliter le processus de rétablissement. Viser la reconstruction identitaire semble donc former l'un des piliers de ce parcours alors qu'il transparaît que l'utilisation d'approches ciblant l'expérience subjective, la mise en sens et la mise en récit de l'évènement et du vécu y étant rattaché, peuvent étayer cette évolution personnelle.

### **Construction et co-construction au cœur de l'élaboration du récit**

Il nous apparaît ici pertinent de souligner la singularité de notre dispositif et de ses rapports avec les données recueillies et interprétées. En effet, dans la situation de l'entretien de recherche, la personne rencontrée ne se retrouve plus seule émettrice et responsable de son discours mais devient une part de la situation et du dispositif de recherche en lui-même. À ce titre, le clinicien-chercheur vient conditionner les éléments inhérents à la rencontre et ressortant de celle-ci à la fois par son discours, ses formulations, ainsi que par sa posture et ses indices non verbaux et infra-verbaux. L'intuition et le discours s'ouvrent alors au partage, à une co-construction permettant à la réalité subjective de la personne rencontrée de se déployer. En appui l'une avec l'autre, les singularités des deux protagonistes développent l'élaboration et la narration du récit, le discours se complexifie, laissant transparaître l'écoute et la compréhension de l'un tout autant que l'ajustement et la réflexion de l'autre. Dans cette co-

construction, adaptée à la subjectivité de chaque individu, le contact semble se créer sans imposer d'éléments étrangers et incompris, permettant de transformer la rencontre en une construction et une expérience potentiellement sources de mutations, d'évolutions et de changements existentiels.

### **Promouvoir une approche globale et pluridisciplinaire pour soutenir le rétablissement**

La pluralité des champs de compréhension mobilisés pour penser le vécu du PEP et le processus de reconstruction associé rend nécessaire un positionnement clinique global et convoquant la complexité individuelle. En ce sens, une approche thérapeutique plurielle mobilisant des obédiences théoriques variées, apparaît comme une orientation privilégiée, ceci en développant sa portée au-delà de ses versants théorico-cliniques par l'ajout d'une réflexion ciblant le contexte et les acteurs des soins à partir de l'expérience subjective des personnes concernées.

Il s'agirait tout d'abord de travailler à déconstruire puis reconstruire avec les usagers certaines croyances pouvant être largement ancrées pour chacune des parties. Pour les soignants, se représenter et penser authentiquement la possibilité d'un rétablissement pour transmettre à la personne concernée cette ouverture et lui permettre de se détacher de certaines considérations sur les troubles psychotiques maintenues dans une vision empreinte d'incurabilité. Ceci appelle à travailler dans un trio formé par l'usager, le soignant et la relation les unissant, puis à faire de cet espace thérapeutique un lieu de rencontre où l'individu peut déposer la réalité de son expérience et reconnaître à la fois les éléments négatifs et les impacts positifs ayant émergé [11].

Grâce à un tel mouvement, il devient possible de remanier les places en considérant les personnes comme les principales collaboratrices et partenaires de soins [6], pour favoriser à la fois une posture active dans leurs parcours et un sentiment de contrôle sur leur expérience. Par ce basculement de rôle, c'est également celui de l'expertise qu'il s'agit d'assurer [13], en transmettant aux usagers leur statut d'experts de leur vécu et de leurs connaissances concernant les impacts du PEP ainsi que leur rôle dans la construction des soins. Ainsi, la prise en compte de l'expérience subjective des personnes concernées permettrait de compléter les postures fondées sur l'objectivation de certaines données et mener à l'ouverture de nouveaux cadres et de nouvelles interventions de soins complexifiées, plus porteuses et plus sensibles pour les usagers [7].

Nous souhaitons ainsi proposer une approche thérapeutique bâtie autour d'une large pluridisciplinarité où l'abord phénoménologique se conjugue à

différents champs théoriques pour mener un travail ciblant les multiples dimensions de la problématique de l'utilisateur [8]. En ce sens, nous présentons une réflexion sur la façon dont pourraient être accompagnés le vécu du PEP et la reconstruction identitaire des personnes en ayant fait l'expérience, en mêlant l'approche phénoménologique aux soins utilisés dans le champ de l'intervention précoce présentant une validité et une efficacité reconnues empiriquement.

Nous soulignons tout d'abord l'importance de la psychoéducation et de la pair-aidance dans le recouvrement d'un sentiment de contrôle sur l'expérience et sur la crise, en conceptualisant l'évènement dans l'histoire personnelle de la personne, et en apportant une dimension sociale favorisant la normalisation, l'identification et la ré-affiliation, enfin en réhabilitant le sentiment d'espoir grâce à l'utilisation de théorisations optimistes des troubles psychiques [15].

Dans un second temps, nous insistons sur le rôle majeur des thérapies cognitives et comportementales dans la prise en charge des représentations, des croyances et des lectures établies du PEP, ainsi que dans l'accompagnement des émotions dysfonctionnelles qui émergent post-crise et notamment les ressentis de honte, de culpabilité, d'insécurité et de vulnérabilité [12].

Il nous semble pertinent d'adjoindre l'utilisation des thérapies narratives [30], qui, bien que méconnues et peu envisagées dans le champ de l'intervention précoce [18], seraient à même de travailler à la reconstruction historique et à la réhabilitation d'une continuité de Soi dans le temps *via* le remaniement des relations que la personne entretient à la fois avec sa propre histoire, l'histoire du PEP et l'histoire de cette crise dans l'histoire de vie personnelle.

Enfin, nous proposons d'utiliser certains outils et méthodes de remédiation cognitive, dans la prise en charge des altérations de la mémoire autobiographique et de la métacognition. L'intérêt de cibler ces difficultés est double : d'une part, celles-ci se retrouvent à la fois chez des personnes ayant vécu des événements traumatiques et chez des individus ayant fait l'expérience d'un PEP ; d'autre part, ces fonctions cognitives tiennent un rôle de premier ordre dans la construction du récit de Soi [16]. L'amélioration de ces dimensions pourrait ainsi aider à la récupération de souvenirs rattachés à des événements passés, à la projection dans le futur et à la mentalisation de certaines expériences anciennes [1], pour faire lien entre passé, présent et futur, et reconstruire une représentation cohérente et continue de Soi [16].

## Conclusion

Éminemment violent et source de brutalité pour la personne qui le vit, le premier épisode psychotique induit des ruptures, des pertes et oblige à des transformations pérennes sur le long terme. Il apparaît de fait nécessaire de le considérer *par principe* comme une expérience profondément bouleversante pouvant faire « trauma » chez l'individu. Largement subjectifs, ses impacts se dessinent au cœur d'un vécu singulier recouvrant une altération des composantes identitaires et la perte du sentiment d'exister, une métamorphose du Soi et un effondrement des liens entretenus avec les autres menant à une non-reconnaissance de et par le monde.

Pour cheminer vers le rétablissement, les usagers doivent ainsi se réorganiser sur le long terme, en intégrant ces remaniements. Le mécanisme de reconstruction identitaire apparaît ainsi comme central dans l'actualisation de cette évolution positive. Mobilisé et soutenu par la possibilité d'une réintégration au sein du monde, il s'ancre également dans la perception d'impacts positifs du PEP pour travailler à son acceptation et favoriser la croissance puis le développement d'un nouveau Soi et sens de Soi. Les usagers doivent être accompagnés et soutenus précocement dans ce processus, par une prise en charge globale qui intègre une approche plurielle mêlant vécu subjectif et données objectives, et qui favorise la mise en sens et la mise en récit de l'expérience de la crise. En ce sens, la posture phénoménologique apporte un complément précieux en complexifiant nos regards grâce à la focalisation sur l'expérience profonde et en développant les soins pour les rapprocher encore un peu plus de chaque réalité singulière.

## Références

1. Allé M. C. *et al.* 2016. Self-continuity across time in schizophrenia: An exploration of phenomenological and narrative continuity in the past and future. *Comprehensive psychiatry* 69 : 53-61.
2. Antoine P., Smith J. A. 2017. *Saisir l'expérience – Présentation de l'analyse phénoménologique interprétative comme méthodologie qualitative en psychologie.* *Psychologie Française* 62(4) : 373-385.
3. Bardin L. 2007. *L'Analyse de contenu.* Paris : Presses Universitaires de France.
4. Bioy A. *et al.* 2021. *Aspects épistémologiques des méthodes qualitatives en psychologie clinique.* *In Analysis* 5(3) : 273-281.

5. Blankenburg W., Mishara A. L. 2001. First steps toward a psychopathology of “common sense”. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 8(4) : 303-315.
6. Bourdeau G. *et al.* 2014. Premier épisode psychotique et rétablissement. *Pratiques en santé mentale* 60(2) : 41-46.
7. Boydell K. M. *et al.* 2010. À descriptive review of qualitative studies in first episode psychosis. *Early Intervention in Psychiatry* 4(1) : 7-24.
8. Conus P., Söderström D. L. (eds). 2021. *Approche psychothérapeutique des psychoses – Un lien pour cheminer au quotidien*. Chêne-Bourg (Suisse) : Revue Médicale Suisse/ Médecine & Hygiène.
9. Davidson, L. 2003. *Living outside mental illness: Qualitative studies of recovery in schizophrenia*. New York : New York University Press.
10. Franck N. 2018. *Traité de réhabilitation psychosociale*. Radarweg (Pays-Bas) : Elsevier Health Sciences.
11. Fusar-Poli P. *et al.* 2022. The lived experience of psychosis: A bottom-up review co-written by experts by experience and academics. *World Psychiatry* 21(2) : 168-188.
12. Jackson C., Iqbal Z. 2000. Psychological adjustment to early psychosis. In : Birchwood M., Fowler D., Jackson C. (eds). *Early intervention in psychosis: A Guide to concepts, evidence and interventions*. Chichester : John Wiley & Sons, 64-100.
13. Koenig M. 2016. *Le rétablissement dans la schizophrénie*. Paris : Presses Universitaires de France.
14. Krebs M.-O. 2015. *Signes précoces de schizophrénie*. Malakoff : Dunod.
15. Lecardeur L. 2022. Déploiement de la réhabilitation psychosociale : impacts d’une innovation thérapeutique sur la place et les pratiques des psychologues en services de psychiatrie. *Journal de Gestion et d’Economie de la Santé* 8(2) : 116-135.
16. Lysaker P. H. *et al.* 2012. Development of personal narratives as a mediator of the impact of deficits in social cognition and social withdrawal on negative symptoms in schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 200(4) : 290-295.
17. Lysaker P. H., Dimaggio G. 2014. Metacognitive capacities for reflection in schizophrenia: Implications for developing treatments. *Schizophrenia Bulletin* 40(3) : 487-491.
18. Martin B., Franck, N. 2013. Facteurs subjectifs et rétablissement dans la schizophrénie. *L’Évolution Psychiatrique* 78(1) : 21-40.
19. Martin J. 2017. Mise en place d’un centre d’intervention précoce dédié à la prise en soins des troubles psychotiques débutants. *L’Information Psychiatrique* 93(10) : 865-870.

20. McGorry P. D. *et al.* 1991. Posttraumatic stress disorder following recent-onset psychosis. An unrecognized postpsychotic syndrome. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 179(5) : 253-258.
21. Minkowski E. 1933. *Le temps vécu*. Paris : Presses Universitaires de France.
22. Parnas J., Handest P. 2003. Phenomenology of anomalous self-experience in early schizophrenia. *Comprehensive psychiatry* 44(2) : 121-134.
23. Parnas J. *et al.* 2011. Self-experience in the early phases of schizophrenia: 5-year follow-up of the Copenhagen Prodromal Study. *World Psychiatry* 10(3) : 200-204.
24. Prebble S. C., Addis D. R., Tippett L. J. 2013. Autobiographical memory and sense of self. *Psychological Bulletin* 139(4) : 815-840.
25. Raffard S. *et al.* 2010. Narrative identity in schizophrenia. *Consciousness and Cognition* 19(1) : 328-340.
26. Ricœur P. 1990. *Soi-même comme un autre*. Paris : Seuil.
27. Rodrigues R., Anderson K. K. 2017. The traumatic experience of first-episode psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research* 189 : 27-36.
28. Sass L. A., Parnas J. 2003. Schizophrenia, consciousness, and the self. *Schizophrenia Bulletin* 29(3) : 427-444.
29. Tordjman S. 2022. Le temps multiphasique : représentations, modélisation et dynamique : De la remise en mouvement du temps dans les violences traumatiques. *L'Encéphale* 48 : S44-S55.
30. White M., Epston D. 1990. *Narrative means to therapeutic ends*. New York : WW Norton & Company.